

REQUISIÇÃO DE EXAMES



Nome: _____

NIF n.º _____

Data Nasc.: ____/____/____ Tel.: _____

Morada: _____

Cód. Postal: _____ - _____

ENVIO DE RESULTADOS:

Utente E-mail _____ Clínica **URGENTE** para o dia ____/____/____

FATURAR A: Utente Clínica PAGAMENTO POR: Referência Multibanco Transferência Bancária Cobrança

SUSB. SAÚDE: ADSE Advancecare Allianz Multicare SAD-PSP Saúde Prime Outros _____

N.º Beneficiário _____ **IBAN PT50 0010 0000 247 307 900 0124** - enviar comprovativo
A sua amostra será processada após confirmação de pagamento. Se tiver alguma dúvida, por favor contacte-nos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E DE SAÚDE

O utente declara que tem conhecimento que:

- Presta consentimento de forma livre ao laboratório Microdiag, Lda com sede na Rua Cidade de Tokushima, Lt 17 R/c 2400-119 Leiria e destina-se apenas à realização dos seus exames, comunicação dos mesmos pela via designada por si, ou representante legal ou médico prescritor, bem como no portal da SNS24, bem como dos seus dados para efeitos de facturação a entidades de saúde, seguros ou convenções;
- Tem direito a todos os requisitos definidos de acordo com a legislação em vigor da Protecção de Dados, nomeadamente acesso à actualização, rectificação, limitação da utilização e informação, portabilidade, entre outros, mediante preenchimento de formulário próprio. É também um direito seu, reclamar junto do Responsável da Protecção de Dados (DPO), através de carta registada ou e-mail: protecaodedados@microdiag.pt, ou junto da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) ou outra entidade de controlo e fiscalização de dados em situação de incorrecta utilização dos mesmos;
- Este consentimento vigora até à sua revogação pelo declarante de forma escrita;

DADOS CLÍNICOS / IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL

A. CITOLOGIA GINECOLÓGICA Convencional Meio Líquido Co-teste

Local da colheita: Vulva Vagina Exocolo Endocolo Endométrio Ciclo Menstrual: Reg Irreg

Últ. Menst. ____/____/____ Grav. ____ semanas Menop. ____ anos Contracep. Horm DIU Quím. Outro

G ____ P ____ A ____ T. H. S. Sim (mês/anos) ____ Não Vacina H. P. V. Sim Não

Informação clínica _____

B. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO / BIOLOGIA MOLECULAR

Pesquisa e Genotipagem HPV CIntec PLUS® Cobas® Paineis IST's* Outro

* (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum e Trichomonas vaginalis)

C. CITOLOGIA NÃO GINECOLÓGICA

Urina Mama Tiroide Outro _____

D. HISTOLOGIA: BIÓPSIA E PEÇAS OPERATÓRIAS

Informação sobre a lesão, outros exames, Hipótese de diagnóstico

Data ____/____/____ Médico Requisitante _____ C. Profissional n.º _____

A PREENCHER PELO LABORATÓRIO

N.º FRASCO		DATA		EAP		
_____		____/____/____		____/____/____		
ADMISSÃO	MACROSCOPIA	INCLUSÃO	MICROTOMIA	C. Q.	PROC. CIT	SCREENING